



INFORME SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Periodo: enero 1 a diciembre 31 de 2022

Planes de Mejoramiento
de la Institución

Acción
Inmediata

Oportunidad
de Mejora

Equipo Oficina de Auditoría Interna

Jefe de la Oficina: William Alberto Higuera Lopera. Auditores: María Janneth Agudelo Arango, Karina Ruíz De la Hoz
Técnico: Julio E. Suescún Montoya. Correo Oficina: oficinadeauditoria@hgm.gov.co

Informe de Evaluación

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.
Oficina de Auditoría Interna



Alcaldía de Medellín
Distrito de
Ciencia, Tecnología e Innovación

31 de Julio de 2023

TABLA DE CONTENIDO

I.	GENERALIDADES.....	4
1.1	Objetivo.....	4
1.2	Alcance	4
1.3	Marco Normativo	4
1.4	Periodo del Informe.	4
1.5	Componentes por evaluar.	4
1.5.1.	Acción Inmediata	4
1.5.2.	Oportunidad de Mejora.	4
II.	PARÁMETROS DEL SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	5
2.1.	Resultados y Análisis.....	5
2.2.	Plan de Mejoramiento Institucional.....	5
2.3.	Planes de Mejoramiento por procesos	5
2.4.	Plan de Mejoramiento por Acción Inmediata.....	6
2.5.	Plan de Mejoramiento por Oportunidad de Mejora	7
2.6.	Planes de Mejoramiento Institucional por Auditorías	8
2.6.1.	Plan de Mejoramiento Auditoría Interna Calidad - PAMEC.....	8
2.6.2.	Plan de Mejoramiento Auditorías Externas	8
2.6.3.	Plan de Mejoramiento Auditoría Interna	8
2.6.4.	Plan de Mejoramiento Compromisos por Comités.....	9
2.6.5.	Plan de Mejoramiento por Eventos Adversos	9
2.6.6.	Plan de Mejoramiento Grupos de Mejoramiento	10
2.6.7.	Plan de Mejoramiento Autoevaluación Habilitación 3100	10
III.	CONCLUSIONES.....	11
IV.	RECOMENDACIONES	11

PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna, en cumplimiento de sus funciones y en especial la de "Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del Sistema Institucional de Control Interno – SICI", presenta el Informe de Seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, correspondiente a la vigencia 2023 primer semestre.

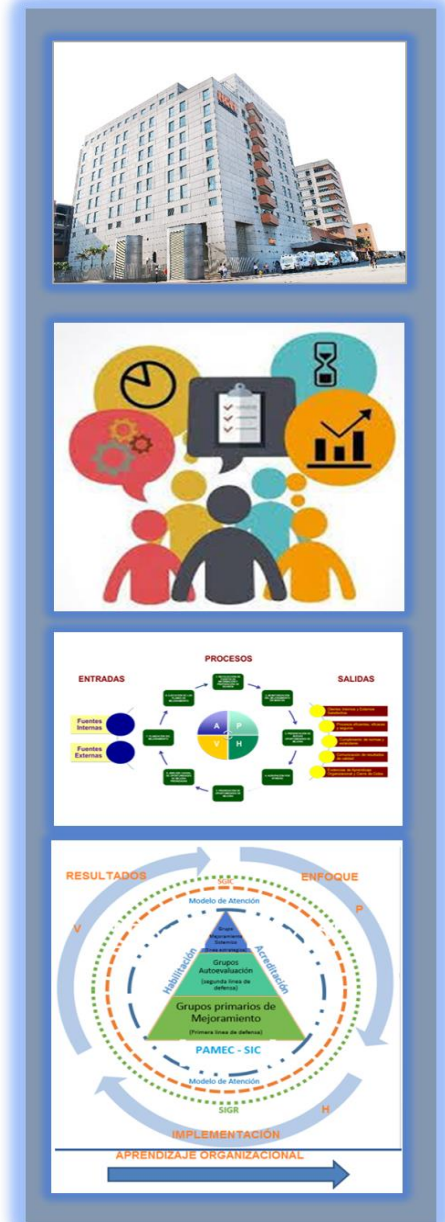
El Informe se establece mediante el seguimiento al plan de mejoramiento institucional realizado por la oficina de calidad y planeación, que recopila las diferentes acciones inmediatas y oportunidades de mejora, producto de las diferentes auditorías realizadas por Auditoría Interna Calidad, Auditorías Externas, Auditorías Internas, los diferentes Comités y Grupos de Mejoramiento, así como el grupo de análisis de los Eventos adversos.

El presente Informe se enmarca en la Línea III. Una Auditoría de Impacto y Efectiva. Plan Estratégico 2021 – 2027 "Construimos Confianza" de la Oficina de Auditoría Interna.

Nos anima de fondo contribuir al cumplimiento de los objetivos del Hospital General de Medellín con la observancia plena de los requerimientos de orden legal y de buenas prácticas de transparencia en el marco del buen gobierno público, gestión de riesgos y control efectivo.

Continuaremos liderando un conjunto de estrategias y acciones diseñadas para contribuir a la consolidación, afianzamiento y sostenibilidad de los propósitos del Hospital General de Medellín, en el marco de la Mega definida para el año 2027.

Oficina de Auditoría Interna.
Construimos Confianza
Hospital General de Medellín.
Atención Excelente y Calidad de Vida.



I. GENERALIDADES

1.1 Objetivo

Realizar el seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento Institucional, generado por las diferentes fuentes que alimentan el modelo, en el periodo del 1 de enero a 30 de junio de 2023 en el HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

1.2 Alcance

Este seguimiento se aplica al Plan de Mejoramiento Institucional acumulado con corte a 30 de junio 2023, y esta dirigido hacia el Programa de Auditorías:

- Auditoría Interna Calidad
- Auditorías Externas
- Auditorías Internas
- Comités
- Eventos adversos
- Grupos de Mejoramiento

1.3 Marco Normativo

- Ley 87 de 1993: organiza el ejercicio del Control Interno de los organismos del Estado.
- Decreto 1499 de 2017: actualiza Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG.
- Decreto 403 de 2020: prevé medidas de fortalecimiento del control fiscal y articulación entre la Contraloría General de la República y las Oficinas de Control Interno.
- Decreto 780 de 2016 Decreto único reglamentario del sector salud y Protección Social. Lineamientos PAMEC

1.4 Periodo del Informe.

El presente Informe comprende el período del 1 de enero al 30 de junio de 2023.

1.5 Componentes por evaluar.

El Informe hace seguimiento a los compromisos establecidos en las diferentes auditorías y adquiridos por los responsables de las áreas registrados en Eurodoc, esto permite obtener un gran número de actividades distribuidas como Acción Inmediata y Oportunidad de Mejora.

1.5.1. Acción Inmediata

Las acciones inmediatas son las acciones correctivas que deben tomarse en cualquier proceso, para motivar los cambios necesarios sobre la marcha y en el menor tiempo. Esta etapa consiste en la formulación del conjunto de actividades que permite la solución de la acción, plantear sus metas, responsables y fechas de cierre

1.5.2. Oportunidad de Mejora.

Las observaciones de las auditorías tanto internas como externas realizadas en la entidad, permiten la identificación de oportunidades para la mejora y la adhesión de buenas prácticas.

II. PARÁMETROS DEL SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

2.1. Resultados y Análisis

Para el momento del corte de este seguimiento (30 de junio), es necesario precisar que, tanto la Acción Inmediata, como la Oportunidad de Mejora registraron un cumplimiento del 44%, así:

Análisis Plan de Mejoramiento Total de Acciones					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	715	165	725	1.605	45%
Oportunidad de Mejora	30	13	53	96	31%
Total general	745	178	778	1.701	44%

Tabla 1. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.2. Plan de Mejoramiento Institucional

El Plan de Mejoramiento Institucional es el resultado de un conjunto de procedimientos, acciones y metas diseñadas y orientadas de manera planeada, organizada y sistemática para mejorar los procesos y la calidad del Hospital General de Medellín – HGM; los cuales deben ser liderados por la alta dirección, la gerencia, equipo directivo, cada uno con su rol y responsabilidad, articulados como equipo para el análisis de cada situación

“El plan de mejoramiento de la institución se compone de un plan único que integra las diferentes fuentes y se encuentra ubicado en la carpeta compartida planes de mejoramiento del servidor de la institución, a excepción del plan de mejoramiento específico para contraloría el cual lo consolida la oficina de auditoría interna.

La consolidación de los planes de mejoramiento será responsabilidad de la Oficina de Calidad y Planeación”.
Modelo de Mejoramiento Institucional

2.3. Planes de Mejoramiento por procesos

A continuación, se relaciona el cumplimiento de la Acción Inmediata y como la Oportunidad de Mejora por dependencia y responsable:

Acciones por Dependencias					
Dependencia	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Dirección de Hospitalización	89	25	118	232	38%
Dirección de Apoyo Logístico	83	29	93	205	40%
Dirección Clínicas Quirúrgicas	59	19	121	199	30%
Dirección de Ambulatorios	127	9	36	172	74%
Gestión Farmacéutica	72	19	45	136	53%
Dirección de Gestión Humana	44	11	51	106	42%
Laboratorio Clínico	8	3	90	101	8%
Coordinación de Enfermería	58	1	28	87	67%

Dependencia	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Dirección de Ayudas Diagnosticas	48	25	13	86	56%
Auditoría Médica	12	0	73	85	14%
Subgerencia Asistencial	13	9	37	59	22%
Salud Ocupacional	26	6	11	43	60%
Otras Dependencias	16	8	16	40	40%
Oficina de Calidad y Planeación	5	1	23	29	17%
Subgerencia Administrativa y Financiera	22	2	2	26	85%
Dirección Financiera	14	2	10	26	54%
Banco de Sangre	15	1	4	20	75%
Oficina Jurídica	7	2	3	12	58%
Sistemas	11	0	0	11	100%
Comunicaciones	3	4	4	11	27%
Nutrición	6	2		8	75%
Docencia y Servicio	7	0	0	7	100%
Total general	745	178	778	1701	
Cumplimiento	44%	10%	46%	100%	44%

Tabla 2. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.4. Plan de Mejoramiento por Acción Inmediata

La Acción Inmediata cuenta con un total de 1.605 compromisos radicados en Eurodoc, para este periodo se agrega la autoevaluación de Habilitación que da cumplimiento a la norma 3100, con 981 compromisos adicionales.

Auditorías	No. Acciones
Autoevaluación Habilitación 3100	981
Comites	211
Auditoria de Calidad	124
Grupos de Mejoramiento	108
Auditorias Externas	75
Auditoria Interna	59
Seguridad del paciente	47
Total general	1605

Tabla 3. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

Realizando un Análisis por cumplimiento de las acciones inmediatas se observa que, se encuentra en un 45% de avance.

Acción Inmediata					
Auditorías	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Autoevaluación Habilitación 3100	331	90	560	981	34%
Comites	133	24	54	211	63%
Auditoria de Calidad	66	16	42	124	53%
Grupos de Mejoramiento	64	15	29	108	59%
Auditorias Externas	56	16	3	75	50%
Auditoria Interna	34	4	21	59	59%
Seguridad del paciente	31		16	47	66%
Total general	715	165	725	1605	45%

Tabla 3. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.5. Plan de Mejoramiento por Oportunidad de Mejora

La Oportunidad de Mejora presenta un avance significativo al pasar de 221 compromisos en diciembre 2022, a un total de 96 compromisos radicados en Eurodoc en el primer semestre de 2023, los compromisos disminuyeron en un 57%.

Auditorías	No. Acciones
Seguridad del paciente	59
Auditorias Externas	25
Grupos de Mejoramiento	6
Comites	3
Auditoria Interna	2
Auditoria de Calidad	1
Total general	96

Tabla 4. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

El Análisis por Oportunidad de Mejora, está en un cumplimiento del 31%.

Oportunidad de Mejora					
Auditorías	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Seguridad del paciente	22	8	29	59	37%
Auditorias Externas	3	1	21	25	12%
Grupos de Mejoramiento	3	2	1	6	50%
Comites	2	1	0	3	67%
Auditoria Interna	0	1	1	2	0%
Auditoria de Calidad	0	0	1	1	0%
Total general	30	13	53	96	31%

Tabla 5. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.6. Planes de Mejoramiento Institucional por Auditorías

En el hospital al corte del 30 de junio de 2023 y de acuerdo con la información suministrada por la Oficina de Calidad y planeación, extraída del **I sistema documental Eurodoc**, se cuenta con 7 planes de mejoramiento agrupados por auditorías así:

- Plan de Mejoramiento Auditoría Interna de Calidad
- Plan de Mejoramiento Auditorías Externas
- Plan de Mejoramiento Auditorías Internas
- Plan de Mejoramiento de los Comités
- Plan de Mejoramiento Eventos adversos
- Plan de Mejoramiento Grupos de Mejoramiento
- Autoevaluación Habilitación 3100

2.6.1. Plan de Mejoramiento Auditoría Interna Calidad - PAMEC

En este Plan de mejoramiento se encuentran las auditorías de calidad (PAMEC) y se relacionan las actividades por Acción Inmediata y Oportunidad de Mejora, estas registran un cumplimiento del 53%, así:

Plan de Mejoramiento Auditoría Interna Calidad - PAMEC					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	66	16	42	124	53%
Oportunidad de Mejora	0	0	1	1	0%
Total general	66	16	43	125	53%

Tabla 6. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.6.2. Plan de Mejoramiento Auditorías Externas

Para el Plan de mejoramiento de las auditorías externas, se puede observar 100 actividades entre Acción Inmediata (75) y Oportunidad de Mejora (25), con un cumplimiento del 59%.

Plan de Mejoramiento Auditorías Externas					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	56	16	3	75	75%
Oportunidad de Mejora	3	1	21	25	12%
Total general	59	17	24	100	59%

Tabla 7. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.6.3. Plan de Mejoramiento Auditoría Interna

Con relación al Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna, se observan 61 acciones con un cumplimiento del 56% (estas acciones se comenzaron a ingresar en Eurodoc por medio de un acta de cierre de Auditoría Interna debidamente socializado y concertado con los dueños de cada proceso, permitiendo ingresar los compromisos, las acciones inmediatas y las oportunidades de mejora).

Plan de Mejoramiento Auditorías Internas					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	0	0	0	0	0%
Oportunidad de Mejora	34	5	22	61	56%
Total general	34	5	22	61	56%

Tabla 8. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.6.4. Plan de Mejoramiento Compromisos por Comités

Hace parte de este Plan de mejoramiento Institucional los compromisos registrados en los diferentes comités, los cuales se analizan y se organizan por acciones inmediatas (211) y las oportunidades de mejora (3). De 214 acciones cuenta con un cumplimiento del 63%.

Plan de Mejoramiento Compromisos por Comités					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	133	24	54	211	63%
Oportunidad de Mejora	2	1	0	3	67%
Total general	135	25	54	214	63%

Tabla 9. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.6.5. Plan de Mejoramiento por Eventos Adversos

Para este Plan de Mejoramiento de Eventos Adversos, se incluyen los compromisos registrados en el Comité de **"Seguridad del Paciente"**, el insumo proporcionado por el Reporte de Eventos Adversos de cada servicio, donde queda registrados toda ocurrencia de estos.

*"Desarrollar mecanismos sistemáticos de divulgación y medición de la adherencia a las guías de práctica clínica que favorezca la disminución de ocurrencia de **eventos adversos** por variabilidad en el proceso de atención". Modelo de Mejoramiento Institucional HGM.*

Con relación al seguimiento de este Plan de Mejoramiento de Eventos Adversos, se evidencia un incremento en acciones pasando de un total de 18 compromisos a 31 de diciembre de 2022, y a 106 acciones con corte al 30 de junio de 2023, son 88 nuevos compromisos en un semestre. El cumplimiento general es del 50%.

Plan de Mejoramiento Eventos Adversos Seguridad del Paciente					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	31	0	16	47	66%
Oportunidad de Mejora	22	8	29	59	37%
Total general	53	8	45	106	50%

Tabla 10. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.6.6. Plan de Mejoramiento Grupos de Mejoramiento

Este Plan de mejoramiento de Grupos de Mejoramiento, se pueden observar 114 actividades con un cumplimiento general del 59%, se registran por Acción Inmediata (108) y Oportunidad de Mejora (6).

"El área responsable de la acción de mejora procede a ejecutar las diferentes actividades para llevar a cabo la acción de mejora propuesta involucrando a las personas de su área y su grupo de mejoramiento o de otras áreas si se requiere el apoyo". Modelo de Mejoramiento Institucional HGM.

Plan de Mejoramiento Grupos de Mejoramiento					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	64	15	29	108	59%
Oportunidad de Mejora	3	2	1	6	50%
Total general	67	17	30	114	59%

Tabla 11. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.6.7. Plan de Mejoramiento Autoevaluación Habilitación 3100

La Autoevaluación Habilitación 3100, es un control preventivo que consiste en la verificación que HGM sobre las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud. Su marco normativo esta dado en la Resolución 3100 de 2019, la cual define las normas, requisitos y procedimientos para registrar y verificar el cumplimiento de las condiciones mínimas para la prestación de servicios de salud; estos procesos de habilitación en salud se convierten, en un componente fundamental para mejorar la prestación de servicios por parte de las entidades prestadoras de salud.

Se destaca que, para este periodo se agrega nuevamente al Plan de Mejoramiento Institucional las auditorías de Autoevaluación Habilitación 3100, dando el siguiente resultado: un total de 981 Acciones Inmediatas, con un cumplimiento del 34%. Para este plan no se observan Oportunidades de mejora.

Plan de Mejoramiento Autoevaluación Habilitación 3100					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	331	90	560	981	34%
Oportunidad de Mejora	0	0	0	0	0%
Total general	331	90	560	981	34%

Tabla 12. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

III. CONCLUSIONES

- El porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento institucional es del **44%**, situación que a la fecha de corte aún están en proceso de un cierre efectivo el **66%** de las acciones reportadas.
- El Modelo de Mejoramiento Institucional permite identificar diferentes fuentes de mejoramiento, tanto internas como externas para el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución.
- Si bien, el HGM presenta un avance significativo en el cumplimiento del plan de mejoramiento institucional, es importante anexar las respectivas evidencias que dé cuenta del cierre efectivo de la acción de mejora y por ende que subsane la causa raíz que le dio origen a la misma.

IV. RECOMENDACIONES

- Es necesario incluir en el plan de Mejoramiento Institucional, las acciones de mejora, provenientes de los entes de control tales como: Contraloría General de Medellín CGM, Supersalud, entre otras.
- La entidad cuenta con un software llamado HOPEX, adquirido para el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, es necesario fortalecer su uso efectivo en el cargue de la información, y una estructura de informes con un tablero de control.
- En el transcurso de la vigencia los líderes y responsables de las acciones de mejoras deberán hacer el registro oportuno del avance de estas, entre otras, aporta al cumplimiento de la resolución 408 del 2018; así mismo, deberán adjuntar las evidencias válidas y suficientes para el cierre efectivo de las acciones.
- Retomar las reuniones periódicas de los grupos de mejoramiento de la entidad.
- Es necesario, reactivar el liderazgo del grupo de mejoramiento institucional de tercer nivel, (Línea Estratégica)
- En general, fortalecer la adherencia al modelo de mejoramiento institucional.
- En el análisis se evidenció acciones inmediatas con más de 30 días de antigüedad sin intervención oportuna.

Posición del Auditado

- El porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento institucional es del 44%, situación que a la fecha de corte aún están en proceso de un cierre efectivo el 66% de las acciones reportadas.
- Al realizar la depuración de las oportunidades de mejora se logró un 90,5 % del cumplimiento del plan de mejoramiento reportado a la Supersalud archivo ST002 el 28 de febrero de 2023, lo que se concluye que existe una inoportunidad en el montaje de las evidencias que permitan realizar la eficiencia y efectividad del plan de mejora. A través de memorando semanal a la gerencia se reporta la inoportunidad del cierre del plan de mejoramiento con el fin de que se tome las acciones correctivas pertinentes para el cierre oportuno de las brechas.
- El Modelo de Mejoramiento Institucional permite identificar diferentes fuentes de mejoramiento, tanto internas como externas para el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución.
- A la fecha se han identificado 35 fuentes de mejoramiento en la organización las cuales el 85 % de las fuentes están ingresando de maneja sistemática al modelo y realizando la trazabilidad en los sistemas de gestión, la sistematización depende de las reuniones de comités y grupos de mejoramiento por lo cual aún se encuentran planes de mejoramiento en áreas sin sistematizar por lo cual se hace búsqueda activa de estos planes a través de acompañamientos a las áreas según prioridad, como parte del mejoramiento continuo se definieron dos fuentes activas que son indicadores y gestión de riesgos las cuales se debe de sistematizar las herramientas de seguimiento para enlazarlas de manera directa a las acciones correctivas. Desde el área de cocreación se está trabajando en las necesidades de articulación de las fuentes de mejora preventivas a través de software de auditoría y de gestión de indicadores.
- Si bien, el HGM presenta un avance significativo en el cumplimiento del plan de mejoramiento institucional, es importante anexar las respectivas evidencias que dé cuenta del cierre efectivo de la acción de mejora y por ende que subsane la causa raíz que le dio origen a la misma. Con relación se está capacitando a los auditores y secretarios de comités en la revisión de evidencias para realizar el cierre efectivo.
- El modelo de mejoramiento es adaptado del modelo del sistema de acreditación por lo cual se convierte en un modelo robusto para el seguimiento de acciones correctivas inmediatas, por lo cual se debe de capacitar a los equipos primarios en las herramientas de análisis causal para mejorar la elaboración de planes de mejoramiento. En el primer semestre se realizó capacitación en gestión de indicadores a 25 líderes y personal operativo con el fin de dar herramientas para cierre de las acciones

Plan de mejoramiento

Recomendación

Es necesario incluir en el plan de Mejoramiento Institucional, las acciones de mejora, provenientes de los entes de control tales como: Contraloría General de Medellín CGM, Supersalud.

- Para ello es importante que ingresa acciones de mejora desde los grupos administrativos los cuales se ha tenido dificultad en su estructura como avance se entregó un modelo de grupos de mejoramiento para la gestión de los riesgos administrativos.

Recomendación

La entidad cuenta con un software llamado HOPEX, adquirido para el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, es necesario fortalecer su uso efectivo en el cargue de la información, y una estructura de informes con un tablero de control.

- El aplicativo cuenta con la estructura de indicadores las cuales se puede generar a través del usuario administrador, es necesario realizar un ajuste a los tableros de la intranet los cuales fueron planificados en el plan de adquisiciones del área de calidad, pero no se han generado la disponibilidad presupuestal por parte del área financiera para su ejecución. Hubo dificultades en el primer semestre debido a que el proveedor limitó los servicios por incumplimiento de pagos, lo que no logro avanzar la observación.

Acciones

- Definir los reportes para análisis de las oportunidades de mejora
- Ajustar la visualización de la intranet Hopex 360 para seguimiento a gestión de procesos, gestión de riesgos, indicadores y planes de mejora
- Realizar socialización y despliegue de uso de los reportes por parte de los equipos de mejoramiento y colaboradores de la institución
- Definir periodos de corte de información y publicación de la misma de los planes de mejoramiento.

Recomendaciones

En el transcurso de la vigencia los líderes y responsables de las acciones de mejoras deberán hacer el registro oportuno del avance de estas, entre otras, aporta al cumplimiento de la resolución 408 del 2018; así mismo, deberán adjuntar las evidencias válidas y suficientes para el cierre efectivo de las acciones.

- Como acción correctiva se solicitó desde la gerencia a través de memorando a los principales responsables de los planes de mejoramiento para dar cuenta del avance de los mismos, debido a la inoportunidad de las acciones.

Oportunidad de Mejora

- Fortalecer la identificación de fuentes en los equipos administrativos y seguimiento a equipos Asistenciales

Acciones

- Realizar entrenamientos de equipos administrativos de financiera en el modelo de mejoramiento
- Realizar entrenamientos de equipos administrativos de gestión de recursos en el modelo de mejoramiento
- Realizar entrenamientos de equipos de gestión Humana en el modelo de mejoramiento
- Evaluar semestralmente los equipos primarios asistenciales para el cierre oportuno de las acciones
- Definir las entradas el sistema de información de oportunidades de mejora desde la primera línea de procesos administrativos y seguimiento desde la segunda línea

Oportunidad de Mejora

- Definir herramientas gerenciales de control y seguimiento de planes de mejoramiento

Oportunidad de mejora

- Es necesario, reactivar el liderazgo del grupo de mejoramiento institucional de tercer nivel, (Línea Estratégica)

Acciones

- Realizar informe a la gerencia del seguimiento de las acciones de manera semanal a través de las reuniones de gerencia – Actividad realizada a través de memorando
- Definir plazos máximos de cierre de acciones con evidencias y revisión por parte de comités y equipos de mejoramiento – los tiempos de cierre están trimestral para seguimiento
- Realizar capacitación a los líderes en gestión de indicadores y elaboración de planes de mejoramiento – Actividad ejecutada

Equipo Técnico de Auditoría Interna - ETAI

Documento Revisado por ETAI: **María Janneth Agudelo Arango,**
Profesional de Auditoría Interna.
Karina Ruíz De la Hoz,
Profesional de Auditoría Interna.
Julio E. Suescún Montoya,
Técnico Auditoría

Elaboró: **Julio E. Suescún Montoya,**
Técnico Auditoría
Karina Ruíz De la Hoz,
Profesional de Auditoría Interna

Apoyo Gráfico y Edición: **Julio E. Suescún Montoya,**
Técnico Auditoría

Aprobó: **William Alberto Higuera Lopera,**
Jefe Auditoría Interna.

Medellín, 31 de julio de 2023.

